

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° 147

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel ROSINER

Né le 4 juin 1906, à Iassy (Roumanie)

Les
Bases de la Thérapeutique actuelle
des
Rhumatismes chroniques

Président : M. L. LOEPER, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel ROSINER

Né le 4 juin 1906, à Iassy (Roumanie)

Les
Bases de la Thérapeutique actuelle
des
Rhumatismes chroniques

Président : M. L. LOEPER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUCKET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUGLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.

N. Physiologie.

AUBERTIN. . Pathologie médicale.

BÉNARD (H.). Pathologie médicale.

BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale.

BRULÉ. . . . Pathologie médicale.

CADENAT. . . Pathologie chirurgicale.

CATHALA. . . Pathologie médicale.

CHABROL. . . Pathologie médicale.

CHEVALLIER. Pathologie médicale.

DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.

DOGNON. . . Physique.

DONZELOT. . Pathologie médicale.

ÉCALLE. . . . Obstétrique.

FEY. Urologie.

GARNIER. . . Pathologie expérimentale.

GASTINEL. . Bactériologie.

GATELLIER. . Pathologie chirurgicale.

GIROUD. . . . Histologie.

HARVIER. . . Pathologie médicale.

HAZARD. . . . Pharmacologie.

HOVELACQUE Anatomie.

HUGUENIN. . Anatomie pathologique.

HUTINEL. . . Pathologie médicale.

JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.

LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.

LEVEUF. . . . Pathologie chirurgicale

LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.

LIAN. Pathologie médicale.

MILLOT. . . . Histologie.

MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.

MOREAU. . . . Pathologie médicale.

MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.

MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.

OBERLING. . . Anatomie pathologique.

OLIVIER. . . . Anatomie.

PIÉDELIÈVRE Médecine légale.

PORTES. . . . Obstétrique.

QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.

RICHET. . . . Physiologie.

SANNIÉ. . . . Chimie biologique.

SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.

VALLERY-RADOT

(Pasteur) . . Pathologie médicale.

VAUDESCAL. Obstétrique

VELTER. . . . Ophtalmologie.

VERNE. . . . Histologie.

VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . Pharmacologie.

GUÉNIOT. . . Obstétrique.

LEQUEUX. . . Obstétrique.

LEROUX. . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

RETTERER. . . Histologie.

ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale;
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique mé-
 dicale.
 BASSET . . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, professeur sans	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
chaire		l'adulte pour les accidentés du travail, les
FREY		mutilés de guerre et les infirmes adultes.
CHAILLEY-BERT.		Stomatologie,
LEDoux-LEBARD.		Education physique.
WEIL-HALLÉ		Radiologie clinique
		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*Qui fut toujours pour nous un exemple
vivant de travail et d'honnêteté.*

*En témoignage de vive reconnaissance et
de très profonde affection.*

A MA MÈRE

*Dont l'affection et la tendresse nous
furent toujours d'un grand réconfort.*

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

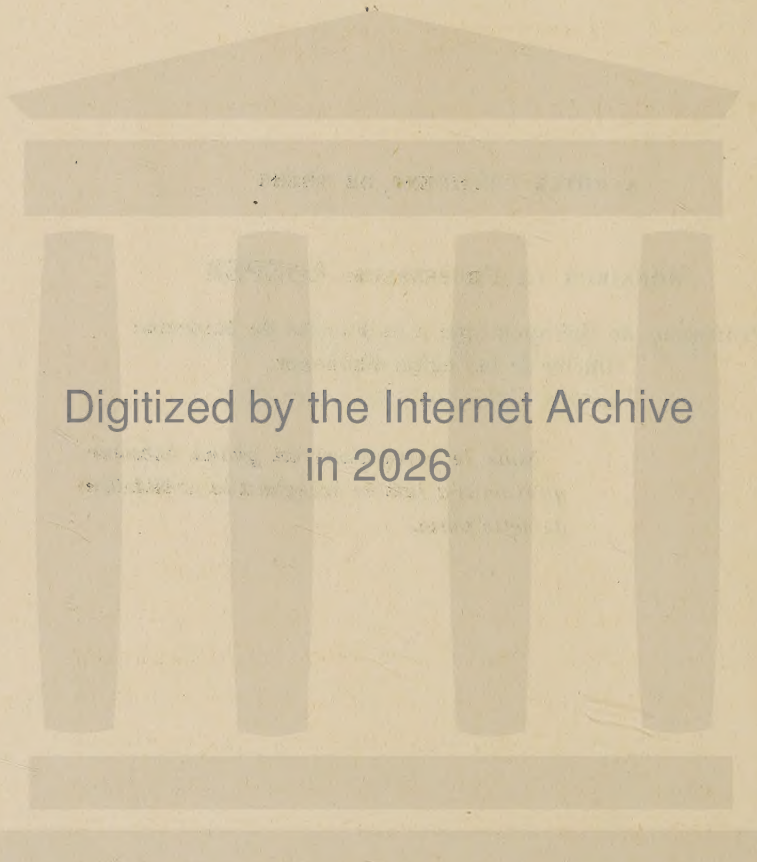
A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

*Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les
Bases de la Thérapeutique actuelle
des
Rhumatismes chroniques

Introduction.

Le manque de précision dans la connaissance des affections si diverses classées sous le nom de rhumatisme chronique a réduit pendant longtemps leur traitement aux données fournies par le seul empirisme. Les progrès réalisés ces dernières années sont venus de ce que l'on a tenté, à la lumière des découvertes scientifiques récentes, d'expliquer les notions dégagées par une expérience séculaire et d'en acquérir ainsi de nouvelles. Certes on ne peut encore parler d'un déterminisme étiologique et pathogénique des rhumatismes chroniques qui commanderait d'une manière véritablement efficace le traitement. Mais il ne faut incriminer de ce fait que la complexité du problème du rhumatisme, et c'est seulement en s'attachant à la découverte de la cause ou des causes que l'on peut espérer faire une

thérapeutique rationnelle et déduire les indications des multiples traitements proposés.

Avant toute chose il serait nécessaire de définir ce que l'on entend par *rhumatisme chronique*. Les imprécisions terminologiques sont en effet cause pour une grande part de la confusion qui règne dans la question. Alors que le terme n'était pas employé il existait des classifications fort intéressantes pourtant des affections articulaires. Hippocrate distinguait déjà : l'*arthritidis*, affection des sujets jeunes, caractérisée par des douleurs articulaires vives et fugaces ; la *podagre*, douleur localisée au pied, les *douleurs articulaires*, qui tendent à la chronicité et sont suivies de déformations, les *arthrites* simples ou purulentes qui surviennent au déclin de certaines fièvres. Cependant Galien faisait de ces différentes formes une même affection, localisée d'une manière variable.

La création du mot *rhumatisme* n'amena aucun progrès dans la conception galénique qui était alors communément admise. Il semble que le terme ait été employé pour la première fois en 1570 par Guillaume de Baillon, auteur français qui écrivait sous le nom de Ballonius. Il exprimait l'idée de « distillation d'une humeur dans un organe » et dans l'esprit des médecins qui l'employèrent vers cette époque « rhumatisme » et « goutte » étaient à peu près synonymes.

Depuis quatre siècles le sens du terme « rhumatisme » est allé en se rétrécissant, à mesure que l'on

en séparait certaines maladies reconnues autonomes. Aussi, à l'heure actuelle, quelques auteurs, comme M. M. P. Weil, voudraient ne lui voir conserver qu'une signification excessivement précise : la signification étymologique du mot. C'est seulement les fluxions articulaires que l'on devrait désigner ainsi. Mettant à part la maladie de Bouillaud dans laquelle s'observent avec le maximum de netteté les caractères du « rhumatisme » : « capricieux dans son allure, variable dans son expression symptomatique, inconstant dans son évolution où il y a toujours place pour de l'imprévu » (G. Homolle), un certain nombre d'affections seulement parmi celles que l'on désigne habituellement sous le nom de rhumatismes chroniques aurait droit à ce terme. Plus exactement encore ces affections pourraient être appelées ainsi dans certaines de leurs manifestations symptomatiques. Car « le rhumatisme, loin d'être une maladie particulière, ne représente qu'un mode réactionnel particulier ».

On parlerait certes un langage plus précis en employant seulement le mot de manifestation rhumatismale et en individualisant chacune des affections particulières réunies sous le nom de rhumatisme chronique, en les appelant d'un terme propre. Il est trop tôt cependant pour abandonner la signification vague et trop compréhensible du mot et l'on cherche surtout maintenant à fixer ses limites et à classer les affections ainsi réunies.

Ce groupe confus a commencé à s'éclairer par

l'individualisation de la goutte par Sydenham et par celle du rhumatisme articulaire aigu par Baillon et Cullen.

Au **xix^e** siècle, les classifications du rhumatisme articulaire chronique sont avant tout cliniques. C'est ainsi que Charcot en fait une maladie unique qui se présente sous trois aspects :

1^o Le rhumatisme articulaire chronique partiel, d'évolution lente, survenant de 40 à 60 ans, donnant naissance à des hyperproductions osseuses péri-articulaires ;

2^o Le rhumatisme articulaire chronique progressif, d'évolution rapide, ayant peu de tendances à former de l'os nouveau ;

3^o Le rhumatisme d'Heberden, dont Charcot signale les affinités avec le type précédent et sa coexistence fréquente avec une lésion des genoux et des hanches.

C'est lors de la connaissance progressive des diverses causes qui peuvent amener l'éclosion des manifestations articulaires qu'on en vint à la notion d'affections disparates.

Ces précisions nouvelles fournissent les bases de classifications d'ordre étiologique, telles les classifications de Gudzent ou de Kroner.

Plus nombreux sont les essais de classifications d'ordre anatomo-pathologique. C'est ainsi que Nichols et Richardson distinguent une arthrite dégénérative et non ankylosante et une arthrite proliférative et ankylosante. De même, en Allemagne,

Assmann, Lommel, H. Strauss, Pointer distinguent les processus articulaires selon qu'ils sont de nature « dégénérative » (le processus débutant alors par l'altération de l'os, la capsule n'étant prise que secondairement et tardivement) ou d'origine « inflammatoire » (le processus étant alors primitivement caractérisé par une inflammation de la synoviale et les os n'étant que secondairement atteints).

C'est une classification analogue qui a été reprise par MM. Coste et Lacapère récemment, ces auteurs donnant le terme d'*arthrite* aux processus articulaires de nature inflammatoire et désignant ceux d'origine dégénérative du nom d'*arthrose*.

D'autres auteurs enfin, jugeant trop importantes les formes de passage qui unissent ces deux grands types, rejettent cette classification et proposent d'unir les données cliniques anciennes et les connaissances nouvelles de l'anatomie pathologique par une classification mixte. C'est ainsi que s'est établi le classement le plus universellement admis jusqu'à ces derniers temps, celui de MM. Teissier et Roque. Trois grands groupes sont reconnus par ces auteurs :

a) Le rhumatisme *déformant*, où ils font entrer la grande polyarthrite et les affections monoarticulaires comme l'arthrite chronique de la hanche et les spondyloses ;

b) Les rhumatismes d'*infection*, liés à des maladies osseuses bien connues ;

c) Un troisième groupe qu'ils baptisent « rhuma-

tisme *dycrasique* » et dans lequel ils rangent avec des formes douloureuses simples et les formes ostéoalgiques, les nodosités d'Heberden et la maladie de Dupuytren.

Ces classifications diverses ont d'abord un premier mérite : celui de fixer les frontières du rhumatisme chronique, de rejeter de son cadre certaines affections qui y étaient d'abord englobées. Nous ne reviendrons pas sur l'autonomie de la goutte aiguë et de la maladie de Bouillaud. Mais il importe de préciser que tous les auteurs sont d'accord pour disjoindre de l'étude des rhumatismes chroniques : certaines arthrites spécifiques comme la tumeur blanche ; certaines affections osseuses comme la maladie de Paget, la maladie de Reckinghausen, la mélorhéostose, les exostes ostéogéniques ; enfin, certaines affections musculaires comme la myosite rétractile et la myosite ossifiante.

Il faut noter cependant qu'il est des affections pour lesquelles la ligne de démarcation est plus flottante : les arthropathies nerveuses, que M. RATHERY range parmi les rhumatismes chroniques, les arthropathies hémophiliques, dont M. M. P. WEIL fait une classe spéciale de rhumatisme, les arthrites traumatiques enfin, puisque les influences qui s'exercent peuvent ne pas toujours être dynamiques et violentes, mais statiques et répétées, et qui rentrent ainsi dans le cadre des arthrites par microtraumatisme.

En dehors des quelques « cas-frontière » dont

nous venons de parler, l'accord semble se faire à peu près sur les limites des rhumatismes chroniques. Par contre, aucune des classifications même récentes n'a eu l'assentiment général.

On leur reproche d'être trop absolues, de ne pas tenir assez compte des multiples facteurs en cause et surtout de ne pouvoir reconnaître aucune orientation thérapeutique précise pour chacun des groupes classés. Devant la difficulté d'une classification d'ensemble M. Rathery a édifié une double division, l'une sympathique, l'autre étiologique.

Un tel classement nous paraît être la seule ligne de conduite possible pour dégager les bases de la thérapeutique actuelle des rhumatismes chroniques. A part quelques formes spéciales dont la cause facilement reconnue permet une thérapeutique précise, les rhumatismes chroniques nous semblent être dus, dans beaucoup de cas, à l'intrication de multiples facteurs qu'il faut savoir dissocier pour leur opposer un traitement rationnel.

C'est pourquoi nous montrerons d'abord quelles orientations thérapeutiques — de peu de valeur en général — on peut tirer de l'étude des formes symptomatiques.

Nous étudierons ensuite les différents facteurs pathogéniques qu'il y a toujours lieu de chercher lorsqu'on est en présence d'un rhumatisant chronique et dont la découverte peut conduire à des thérapeutiques appropriées et souvent efficaces.

Il nous restera à indiquer les traitements palliatifs

auxquels on doit avoir recours lorsque, trop souvent encore, malgré les recherches les plus approfondies la ou les causes échappent.

- Nous mettrons à part enfin l'étude de la crénothérapie qui n'agit pas toujours sur des facteurs bien précis, mais dont l'action a toujours été particulièrement efficace et reste, avec des indications qu'il faut préciser, une des meilleures thérapeutiques.

CHAPITRE I

Les orientations thérapeutiques suivant les formes symptomatiques.

Avant de rechercher quels peuvent être les facteurs pathogéniques en cause, il convient toujours lorsqu'on examine un rhumatisant chronique, d'étudier soigneusement quelles sont les articulations atteintes et la manière dont elles réagissent. De ces simples notions cliniques il n'est pas rare en effet de tirer d'intéressantes déductions thérapeutiques.

Dans la division symptomatique qu'il fait des rhumatismes chroniques M. Rathery oppose les formes partielles aux formes généralisées. C'est une classification analogue que MM. Bezançon et M. P. Weil ont repris tout récemment en y ajoutant des notions qui peuvent orienter, au moins partiellement, la conduite thérapeutique. Ces auteurs voient en effet deux groupes à distinguer : « celui des mono ou oligo-arthrites, des rhumatismes partiels, où l'état morbide est dominé par la question étiologique, et celui des polyarthrites diffuses, symétriques, progressives, du rhumatisme plus ou moins généralisé où au contraire la notion étiologique

s'efface devant l'importance de la réaction individuelle du sujet ».

De là on peut déjà conclure à une thérapeutique plus efficace dans les formes partielles, puisque les notions étiologiques y ont plus d'importance. D'autre part il est un autre caractère des rhumatismes partiels qui leur confère non seulement un aspect clinique particulier mais une orientation thérapeutique particulière : ce sont les modalités réactionnelles spéciales des différentes jointures. « De par ses fonctions, son anatomie générale et les conditions circulatoires qui président à sa nutrition, ses rapports même avec le milieu ambiant, toute articulation est vouée à des réactions particulières » (Bezançon et M. P. Weil) et d'autre part certaines causes déclenchantes auront une affinité particulière pour certaines jointures.

C'est ainsi que l'arthrite *sacro-iliaque* survient bien souvent dans des conditions particulières. Elle atteint en général la femme de 50 ans, obèse et multipare. Il faut s'en méfier à cet âge et dans ces circonstances devant des symptômes qui la font souvent étiqueter névralgie sciatique banale. On pourra ainsi orienter sa thérapeutique à l'encontre d'une insuffisance ovarienne qui peut être suspectée, mais surtout essayer de combattre l'obésité qui permet la distension d'une articulation restée jusqu'à indolore, malgré sa mobilité chez cette femme qui a eu des grossesses répétées.

Plus fréquente et plus particulière dans ses réac-

tions est l'atteinte de la *hanche*. Elle est vouée aux grosses déformations, aux volumineux ostéophytes. On croyait autrefois que l'arthrite de la hanche était réservée aux vieillards, chez qui on la décrivait sous le nom de morbus coxae senilis. Léri et Lonjumeau ont montré qu'il existait aussi un morbus coxae juvenilis. Les causes en sont imprécises. Certains auteurs insistent sur le rôle du micro-traumatisme répété. D'autres comme Calot, Duvernay, estiment que ces arthrites se développent presque toujours sur des hanches de luxations congénitales.

Quoi qu'il en soit, l'intérêt de cette localisation réside dans les traitements proposés. C'est en effet pour cette arthrite qu'on a tenté les premiers essais de traitement chirurgical des rhumatismes chroniques. Rapportant les multiples interventions tentées — surtout à l'étranger — M. Soupault les divise en opérations ankylosantes, qui laissent une raideur de la hanche mais suppriment les douleurs, et en opérations mobilisatrices qui amènent la réfection de l'article en conservant sa mobilité. Chacune des techniques a ses indications sur lesquelles nous ne pouvons insister, mais toutes donnent des résultats que l'on peut attendre en vain des autres méthodes non chirurgicales.

L'atteinte du *genou* ne bénéficie pas d'une thérapeutique aussi appropriée que celle de la hanche. Mais elle est d'ailleurs considérablement moins à redouter. Devant un gros genou il faut penser cepen-

dant parfois à une affection particulière, décrite par MM. Weissenbach et F. Françon : la lipo-arthrite sèche. Ce syndrome semble lié à certaines causes qui peuvent entraîner des déductions thérapeutiques intéressantes.

Il survient en effet chez la femme au moment de la ménopause ; son début est insidieux, ses lésions bilatérales sont caractérisées par une adipose systématisée autour des jointures atteintes. L'affection commence en général par une douleur au genou lentement apparue et par de l'impotence fonctionnelle. D'autre part le pied est le siège d'un gonflement sur son bord interne, répondant à un trouble de la statique qui peut aller jusqu'au pied plat valgus. Cependant la lésion principale est au niveau des genoux qui sont nettement augmentés de volume. On pourrait croire à de l'hydarthrose. Mais il existe un choc rotulien très particulier, appelé par les auteurs « choc rénitent », et d'autre part, la palpation révèle des bourrelets de consistance molle qui répondent aux franges synoviales hypertrophiées et épaissies. Enfin on trouve chez le malade des symptômes de dysovarie.

Il est très important de reconnaître un tel syndrome, car les auteurs qui l'ont décrit rangent l'action favorable de la thérapeutique parmi ses caractères principaux. Voici les directives qu'ils donnent :

« Pallier à l'insuffisance ovarienne par l'opothérapie appropriée, enrayer l'obésité, corriger le pied plat, assouplir et tonifier les muscles et tendons voi-

sins par l'hydrothérapie chaude, le massage et la gymnastique, prescrire à l'intérieur le phosphore, le calcium, l'iode et le soufre : telles sont les grandes lignes de notre intervention thérapeutique. »

Quand un malade se plaint d'un « rhumatisme de l'épaule » il faut, beaucoup plus que s'il venait pour des manifestations articulaires du membre inférieur, soupçonner tout autre chose qu'une arthrite et essayer de voir s'il ne s'agit pas plutôt de fibrosite, de bursite, de ténosite, qui sont des lésions fréquentes au niveau de cette jointure et qui commandent une tout autre thérapeutique que s'il s'agissait d'une arthrite. La radiographie qui a permis tant de progrès ces dernières années dans la connaissance et le traitement des rhumatismes chroniques joue ici un rôle de premier ordre. C'est elle seule qui permettra de rejeter le diagnostic d'arthrite. C'est elle aussi qui permettra de reconnaître ces calcifications de la bourse sous-acromiale qui se sont révélées fréquentes ces derniers temps et qui bénéficient beaucoup de la haute fréquence. Dans les cas de bursite, de fibrosite, la chaleur radiante et plus tard la mobilisation, le massage, trouvent leur indication.

Lorsqu'il s'agit véritablement d'ostéo-arthrite de l'épaule on doit par contre craindre la nature tuberculeuse de la lésion et chercher à en faire la preuve, de même lorsqu'il s'agit d'arthrite des autres grosses articulations du membre supérieur dont le développement s'est fait lentement et souvent sans

douleurs vers l'ankylose. Nous reverrons plus loin quelles orientations thérapeutiques sont justiciables dans ces cas de « rhumatismes tuberculeux ».

En présence d'un gonflement brusquement apparu de l'articulation du *coude*, gonflement douloureux mais d'apparence peu inflammatoire, on ne saurait trop soupçonner la goutte : en l'absence de crises douloureuses du gros orteil, cette variété de rhumatismes goutteux peut être de diagnostic bien délicat.

Il faut enfin faire une place spéciale aux *spondylites* ; leur cause est bien mal connue, mais il faut toujours songer aux spondylites traumatiques.

Tels sont certains aspects fréquents du rhumatisme partiel, dont la localisation seule permet déjà de soupçonner l'étiologie et de guider souvent le traitement.

Par contre les rhumatismes chroniques généralisés, s'ils commencent à être bien connus en clinique, n'ont aucune étiologie reconnue fréquente et partant ne sont justiciables d'aucune sanction thérapeutique, basée sur leur seule constatation. Il peut s'agir soit du syndrome rhizomélitique, très fréquent mais dont les limites sont peu franches, soit du syndrome acromélitique plus connu sous le nom de rhumatisme déformant (décrit la première fois par Charcot), ou de polyarthrite chronique symétrique, déformante et progressive (Bezançon et M. P. Weil). Ici, devant la multiplicité des causes qui peuvent être invoquées, il est plus nécessaire que jamais de passer en revue tous les facteurs déterminants possibles.

Mais il apparaît bien souvent que si l'un de ces facteurs même paraît dominant, la thérapeutique qu'on lui oppose est loin d'être toujours efficace.

L'étude clinique des rhumatismes chroniques — qu'ils soient partiels ou généralisés — permet, outre les renseignements tirés du siège des lésions articulaires, de fournir ceux tirés de la constatation des réactions inflammatoires ou non des jointures.

Et c'est ainsi que dans certains cas où le processus inflammatoire domine (fréquence des poussées fluxionnaires avec fièvre, prédominance synoviale des lésions) on pourrait être orienté déjà vers une thérapeutique d'*arthrite*, suivant la nomenclature de MM. Coste et Lacapère : la vaccinothérapie, la protéinothérapie, la phlogothérapie sont surtout à essayer.

Au contraire lorsque ces processus inflammatoires manquent, lorsque prédominent les lésions ostéophytiques et hypertrophiques, on doit plutôt tendre vers une thérapeutique d'*arthrose* (suivant la même nomenclature) : la physiothérapie et certaine chimiothérapie (par le soufre surtout) doivent être au premier rang du traitement.

En réalité il ne peut s'agir là que d'indications très générales et c'est beaucoup plus la recherche soigneuse des causes, des facteurs pathogéniques surtout, qui vont permettre l'orientation thérapeutique, bien davantage que les renseignements donnés par le seul aspect clinique ou radiologique des lésions.

CHAPITRE II

Les orientations thérapeutiques suivant les facteurs pathogéniques.

« La notion du déterminisme étiologique et pathogénique commande, pour la plus grande part, le pronostic, la prophylaxie et le traitement des rhumatismes chroniques.

« Négliger cette notion, c'est se laisser aller au scepticisme et aboutir, en thérapeutique, soit à l'abstention plus ou moins marquée, soit à l'empirisme désordonné. Ces deux manières sont, quoique pour des raisons différentes, également préjudiciables aux malades qui réclament nos conseils et nos soins » (Weissenbach et Françon).

On ne saurait mieux montrer l'importance capitale qu'il y a de dégager dans chaque cas les facteurs qui ont pu intervenir dans son apparition. Il est certains rhumatismes chroniques où le facteur en cause est unique, facile à mettre en évidence et justiciable d'une orientation thérapeutique nette. Mais le plus souvent il faudra soigneusement, par l'interrogatoire du malade, par son examen approfondi, par les diverses méthodes de laboratoire

enfin, rechercher systématiquement tous les facteurs possibles. Parfois, c'est l'épreuve thérapeutique qui, parmi toutes les causes intriquées, fera la preuve de la *dominante*.

Nous allons ainsi voir successivement quelle direction thérapeutique peuvent fournir les découvertes de ces divers facteurs.

a) TRAITEMENT DU FACTEUR INFECTION.

Qu'elles soient aiguës ou chroniques, toutes les infections microbiennes peuvent être génératrices d'arthrites. D'autre part l'affinité des microbes dont la virulence est atténuée pour les articulations a été établie par MM. Griffon et M. P. Weil.

Il faut d'abord distinguer les cas où il s'agit d'une infection due à un germe spécifique et que l'on peut combattre par un traitement également spécifique.

Nous n'insisterons pas sur le *rhumatisme gonococcique*, facile à reconnaître dans ses formes classiques, très délicat au contraire à déceler dans ses nombreuses formes camouflées, que l'on doit toujours soupçonner en premier lieu, et à propos duquel M. Mondor a tant insisté sur la nécessité d'un interrogatoire soigneux et d'une recherche systématique du gonocoque dans l'urètre. Ici l'on est en droit d'attendre des résultats très favorables du traitement biologique : vaccinothérapie ou sérothérapie spécifique.

Plus intéressante est la notion de *rhumatisme*

tuberculeux, à cause des polémiques auxquelles elle a donné lieu et de la divergence très grande d'opinion qui se rencontre à son sujet chez les différents auteurs. Mise en évidence par M. Poncet, cette étiologie revendique pour MM. Teissier et Roque, pour MM. Mouriquand et Michel la moitié des rhumatismes chroniques pris en bloc. Sans la nier, MM. Weissenbach et Françon la déclarent beaucoup moins fréquente.

En attendant que les nouvelles techniques de Lœwenstein apportent peut-être la preuve biologique de l'infection bacillaire dans ces cas, on sera en droit de soupçonner la tuberculose :

1^o Quand les antécédents personnels et familiaux du malade orientent dans cette voie ;

2^o Lorsque les manifestations cliniques répondent aux types les plus souvent décrits de ces rhumatismes tuberculeux : l'hydarthrose, la polysynovite chronique, le rhumatisme déformant généralisé et l'arthrite plastique ankylosante avant tout.

Contre un rhumatisme tuberculeux reconnu on doit essayer, outre la thérapeutique propre au terrain tuberculeux, un traitement spécifique : on a préconisé surtout les injections sous-cutanées d'antigène tuberculeux de MM. Nègre et Boquet, le vaccin de M. Vaudremer, l'allergine de M. Jousset. Nous avons constaté dans un cas un très beau résultat par ce dernier traitement. A vrai dire cependant, le titre de traitement étiologique demande encore à être justifié contre la tuberculose.

Le rhumatisme syphilitique n'est également admis que depuis une date assez récente. Dans ses formes chroniques on doit le soupçonner en présence de certains aspects cliniques comme : une hydarthrose qui ne fait pas sa preuve (elle est souvent bilatérale et ressortit alors à l'hérédo-syphilis) ; des épines osseuses ; une arthrite sèche quand elle touche le coude et s'accompagne de processus ostéophytique ; le rhumatisme déformant généralisé enfin quand il présente certaines particularités : *a)* poussées successives d'hydarthrose ; *b)* coexistence fréquente d'arthralgies, de névralgies, d'amyotrophie accentuée ; *c)* prédominance des déformations aux extrémités (H. Dufour).

Dans certains cas les méthodes biologiques permettent d'affirmer qu'il s'agit bien de rhumatisme chronique syphilitique : soit qu'en cas d'épanchement, le Wassermann puisse être positif dans le liquide de ponction, soit qu'on ait pu faire sa preuve dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien du malade.

Souvent cependant les tests biologiques manquent. Le traitement d'épreuve peut être employé alors et dans certains cas il a pu affirmer une étiologie seulement soupçonnée.

Cette thérapeutique, d'après la plupart des auteurs, doit être plutôt iodurée et mercurielle que bismuthique (Lance et Huc, Weissenbach et Françon).

Il est encore un germe que certains veulent incriminer comme cause fréquente des rhumatismes

chroniques : le *virus de la maladie de Bouillaud* : MM. Bezançon et Weil s'élèvent formellement contre une telle opinion et pour eux si certains rhumatismes chroniques peuvent avoir au cours de leur évolution des manifestations aiguës, ils n'ont aucune relation cependant avec le syndrome clinique si spécial qui constitue celui de la « maladie rhumatismale ». On ne peut donc tirer aucune sanction thérapeutique de ce fait, quel que soit l'aspect clinique du rhumatisme chronique que l'on étudie.

On ne saurait déjà plus parler de germe spécifique lorsque l'on étudie l'*infection focale* qui a été appréciée si diversement comme facteur déclenchant des rhumatismes chroniques. Crowe a développé récemment une théorie suivant laquelle il met en cause le *spretococcus viridans* dans les formes polyarticulaires d'arthrite sèche et le *micrococcus déformans* (espèce voisine du staphylocoque blanc) dans les formes déformantes du type Charcot. En réalité, malgré les conclusions thérapeutiques auxquelles elle donne lieu, cette théorie n'a pas encore beaucoup de partisans.

L'intérêt, au point de vue thérapeutique, de l'*infection focale* ne semble pas résider en effet dans une action spécifique que l'on pourrait mettre en œuvre, mais dans la destruction de ce foyer d'infection.

La plus connue des infections focales a un siège buccal, qu'il soit d'origine dentaire, gingivale ou amygdalien. Exposée d'abord en France par Chassai-

gnac, Richet, Galippe, la notion de l'infection buccale est devenue en Angleterre et en Amérique une véritable doctrine. Pour certains auteurs (Rosenow, Billings, Hastings, Goadby, Willcox, Crookshank) il y aurait jusqu'à 90 % des rhumatismes chroniques dont la cause serait un foyer septique amygdalodentaire. Tout autre est l'opinion française actuelle. Sans nier l'infection focale, M. Weil la voit tout à fait au second plan à côté des autres causes infectieuses comme la tuberculose, la blennorragie et la syphilis.

Il semble donc nécessaire d'étudier avec soin toujours l'état de la bouche chez les rhumatisants chroniques. Mais l'avulsion systématique des dents dévitalisées chez eux n'a pas toujours donné les résultats auxquels on pouvait s'attendre.

Par contre il apparaît que l'on n'insiste pas toujours assez sur d'autres foyers d'infection, plus difficiles d'ailleurs à reconnaître et à combattre, mais qui pourraient être plus souvent encore que l'infection dentaire à l'origine des rhumatismes chroniques.

Nous voulons parler de certaines infections du tube digestif comme les entérites, les colites, les diverticulites.

De telles infections, citées depuis longtemps parmi les auteurs mais sans être mises en évidence parmi d'autres, ont attiré beaucoup plus l'attention depuis la connaissance des arthropathies protéini-

ques dont MM. Bezançon et M. P. Weil ont montré l'existence.

En dehors des arthropathies de la maladie du sérum, un grand nombre de manifestations articulaires, apyrétiques ou même fébriles seraient en réalité des arthropathies dues à la résorption à travers un tractus intestinal lésé et à leur passage à travers un foie déficient, d'albumines étrangères incomplètement élaborées que ces organes ne peuvent ni arrêter ni transformer. Il y aurait donc grand intérêt à étudier les fonctions intestinales et hépatiques de beaucoup de rhumatisants et le traitement d'une infection intestinale chez eux pourrait être aussi le traitement des manifestations articulaires.

C'est beaucoup moins souvent que l'on incrimine comme siège d'infections focales : les voies génitales, le tractus urinaire (urétrite, prostatite, spermatozystite) (Fuller et Luys).

Lorsque malgré toutes les recherches les plus attentives, on n'a pu mettre en évidence aucun germe spécifique que l'on peut atteindre par une thérapeutique appropriée, aucune infection focale que l'on peut atténuer ou détruire, le rôle de l'infection ne doit pas pour cela être rejeté comme facteur causal du rhumatisme chronique, puisqu'une thérapeutique générale anti-infectieuse peut agir, même s'il n'y a pas la preuve d'une certaine infection reconnue.

Pour les auteurs anglo-saxons unicistes, il faut

drait même toujours instituer un tel traitement puisque 94% des rhumatismes chroniques ont pour cause l'infection. En réalité cette proportion semble beaucoup trop élevée actuellement et la plupart des auteurs français ne font place à l'infection que dans la moitié des cas et parfois moins.

En dehors des seules données cliniques il faut toujours, avant de recourir à une médication anti-infectieuse, quand l'infection est soupçonnée sans pouvoir être affirmée, recourir aux tests complémentaires de laboratoire. C'est ainsi que MM. Coste, Lacapère et Forestier n'instituent une telle thérapeutique qu'après avoir trouvé une accélération de la sédimentation globulaire, des chiffres élevés par la réaction à la résorcine de Vernes, des modifications de la formule sanguine.

On peut essayer dans ces cas la vaccinothérapie et la protéinothérapie sans caractère spécifique mais à titre de médication de choc. Il n'y a pas encore de règles précises édictées dans l'emploi de ces substances dont l'étude se poursuit encore.

Par contre on connaît mieux l'action anti-infectieuse de certaines chimiothérapies.

Parmi les nombreux médicaments dont l'action est déjà classique contre l'infection en général, MM. Coste, Lacapère et Forestier ont eu de bons résultats avec des iodoalcoylates d'hexométhylène tétramine. L'urotropine seule n'agit pas mais l'action thérapeutique de ce médicament semble cependant revenir à la formine, l'iode n'étant pas à pro-

prement dire un anti-infectieux mais jouant dans les arthrites le rôle de fixateur articulaire (Gottfried Müller).

L'emploi des métaux colloïdaux n'a pas été encore étudié suffisamment dans les cas d'arthrites, par contre il existe une thérapeutique anti-infectieuse dont l'action a été reconnue depuis peu contre les rhumatismes chroniques. Nous voulons parler de la chrysothérapie. C'est M. Forestier qui le premier en a proposé l'emploi, montré les heureux résultats et posé les indications. L'auteur se sert d'allochrysine dont la toxicité est faible et qui est un composé soufré. Il semble que c'est à l'or et non au soufre qu'il faille reporter les heureux effets thérapeutiques de cette substance. Il s'agit bien là d'un traitement dirigé contre le facteur infection des rhumatismes chroniques puisque c'est seulement lorsque ce facteur est en cause que l'on a de bons résultats. La chrysothérapie est inefficace quand il s'agit d'une arthrose, suivant la nomenclature nouvelle de MM. Coste et Lacapère.

Nous avons ainsi montré les règles générales d'orientation thérapeutique que l'on pouvait tirer du facteur infection dans la pathogénie des rhumatismes chroniques. Quand on le soupçonne il faut d'abord chercher s'il ne s'agit pas d'un germe spécifique, ensuite d'une infection focale, enfin si l'on ne peut faire la preuve d'une infection particulière instituer cependant une médication anti-infectieuse générale après s'être basé sur les tests de

laboratoire pour être sûr de l'existence de ce facteur.

b) TRAITEMENT DU FACTEUR INTOXICATION.

Le rôle des intoxications exogènes est trop mal connu dans les rhumatismes chroniques pour que l'on puisse en tirer une indication thérapeutique utile. Nous signalerons seulement qu'il était classique de faire la part de l'alcool, de l'oxyde de carbone, du plomb dans certaines de ces affections.

Il est beaucoup plus nécessaire d'avoir l'attention attirée sur une intoxication endogène, moins bien définie mais bien plus fréquente : *la goutte*.

Nous avons dit que Sydenham avait séparé le premier la goutte de la vaste classe des rhumatismes chroniques. Charcot, Garrod ont accentué cette séparation en la faisant reposer sur des bases anatomo-pathologiques et sur l'existence dans la goutte seule d'hyperuricémie. Mais actuellement ce dernier test est devenu bien fragile et d'autre part les auteurs récents admettent une modalité rhumatismale de la goutte. C'est dire la nécessité de la rechercher parmi les facteurs déterminants possibles d'un rhumatisme chronique. On la soupçonnera sur les antécédents du malade (mais il faut savoir que la goutte aiguë typique a pu manquer), sur sa profession et ses habitudes (le rôle des aliments riches en purine et de certains vins comme le Bourgogne rouge est indiscutablement établi) et l'on cherchera

à confirmer son opinion sur l'étude des clichés radiographiques. La présence de vacuoles claires au niveau de certaines articulations traduit l'existence de dépôts uratiques et permet, même en l'absence de tophi, d'essayer la thérapeutique particulière de la goutte. C'est là en effet le grand intérêt de reconnaître l'existence de ce facteur.

Outre le colchique qui constitue une médication véritablement héroïque des crises aiguës et qui en signe parfois même la nature, quelle que soit l'articulation atteinte, on pourra mettre en œuvre les dissolvants de l'acide urique parmi lesquels la pipérazine, l'atophan sont au premier rang.

A côté de l'intoxication goutteuse, il est une autre intoxication qui pour être beaucoup plus rare ne doit cependant pas être négligée comme facteur de certains rhumatismes chroniques : *l'oxalémie*.

M. Loeper a particulièrement attiré l'attention sur ces cas ; il faut les soupçonner quand on rencontre des manifestations articulaires apparaissant sous l'influence du chocolat chez un malade qui d'autre part accuse des malaises digestifs, de la céphalée, de la pollakiurie. On les affirmera par un diagnostic radiographique, les clichés montrant des nodosités claires au niveau des extrémités digitales et essentiellement par un diagnostic biologique, l'élévation de l'acide oxalique dans le sang (6 à 15 cgr. au lieu de 1 à 2 cgr.). On peut en déduire une sanction thérapeutique basée sur un régime qui tend à supprimer les aliments apportant l'acide

oxalique en nature et sur la neutralisation de l'acide oxalique déjà formé dans les tissus.

c) TRAITEMENT DES CARENCES MINÉRALES.

La carence de certaines substances minérales, le soufre et le phosphore particulièrement, semble être parfois à l'origine des manifestations articulaires et peut entraîner d'intéressantes déductions thérapeutiques.

Le soufre représente un des éléments importants de la constitution du tissu cartilagineux. MM. Loeper et Wahran admettent qu'il est un spécifique de l'organe articulaire et Cawadios a insisté sur la déminéralisation soufrée en matière de rhumatismes chroniques. On peut soupçonner sa carence dans les formes où les lésions hypertrophiques, ostéophytiques, primitivement ostéocartilagineuses, prédominent, c'est-à-dire qui répondent à l'usure et à la destruction centrale du cartilage (arthroses de MM. Coste et Lacapère). On pourrait ainsi être orienté vers une thérapeutique soufrée, surtout quand il y a une élimination urinaire exagérée de soufre total (au dessus de 3 gr. par jour).

On peut employer les hyposulfites, les thiosulfates, les complexes soufrés. Mais certains auteurs (MM. Loeper, Wahran et Berthomieu-Lamer) ont particulièrement vanté les résultats du soufre colloïdal en injections intra-veineuses. L'hypertension,

l'hyposystolie sont des contre-indications de cette médication.

La carence phosphorée, le plus souvent d'ailleurs phosphoro-calcaïque, n'est pas moins nette. Pour M. Leriche elle semble exister surtout dans les formes qui succèdent à la ménopause, dans certaines arthrites d'origine intestinale également (la muqueuse colique n'absorbant plus cette substance minérale). En réalité il est difficile de prévoir souvent cette carence si l'on ne recourt pas à la mesure de la phosphatémie : au lieu des 100 à 150 mgr. normaux, on peut la trouver abaissée aux environs de 75 mgr.

Il est alors rationnel d'employer la thérapeutique phosphorée soit sous forme de phosphore de zinc, soit sous forme d'acide phosphorique, indiqué surtout dans les rhumatismes infectieux évoluant rapidement vers l'ankylose (Teissier et Roque).

d) TRAITEMENT DES TROUBLES VASCULAIRES.

« Des troubles locaux, d'origine vasculaire, sont susceptibles d'engendrer à la longue des manifestations rhumatismales » (Bezançon et M. P. Weil).

Wollenberg semble avoir le premier attiré l'attention sur l'artério-sclérose des vaisseaux articulaires comme cause des manifestations rhumatismales. Thomson et Gordon ont mentionné le rôle important de l'athérome des artères nourricières. Enfin, Llewellyn et Basset Jones ont rendu compte

de l'influence de la congestion veineuse prolongée.

Ce facteur vasculaire local si important explique la pathogénie des rhumatismes chroniques « dus au froid ». Il permet dans ces cas d'orienter la thérapeutique vers certains médicaments chimiques dont le rôle décongestionnant est bien connu : tel *l'iode* qui constitue un des traitements d'une efficacité assez fréquente dans les rhumatismes chroniques. L'iode peut être donné en nature ou sous la forme des sels minéraux, de complexes iodés. Il est important de savoir que l'on pourra obtenir de bons résultats si on administre de fortes doses. C'est pourquoi les huiles iodées (sous forme de lipiodol surtout) sont utiles puisqu'elles permettent des doses importantes par voie buccale. D'autre part, Sicard et Forestier ont montré l'efficacité d'une telle médication en injections au voisinage des points douloureux.

C'est également en amenant des modifications vaso-motrices qu'agissent les différentes méthodes de la *physiothérapie*.

Les résultats de la chaleur, de la lumière trouvent ainsi l'explication satisfaisante d'un empirisme séculaire.

Nous ne pouvons ici détailler les indications de la curiethérapie, de la roëngenthérapie, de l'électrothérapie, de l'actinothérapie, de la thermothérapie. Les données qui sont nécessaires pour cela rentrent en effet dans le domaine du spécialiste.

e) TRAITEMENT DES TROUBLES ENDOCRINIENS.

« Commandant à la croissance, au développement morphologique, et aux échanges nutritifs, les glandes endocrines jouent un rôle considérable dans le déterminisme de certains rhumatismes chroniques » (Weissenbach et Françon). Cependant MM. Bezançon et M. P. Weil admettent que le rôle de ces glandes est beaucoup plus osseux qu'articulaire, tout au moins primitivement. Quoi qu'il en soit, elles prennent une importance considérable sur le terrain thérapeutique, quand on peut déceler leurs troubles.

Le rhumatisme *thyroïdien* a été un des premiers incriminé. Il survient chez des malades qui présentent des signes de dysfonctionnement thyroïdien, plus souvent d'hypothyroïdisme (Sergent). Jusqu'à présent il n'a pas été possible de se baser sur les aspects cliniques même des manifestations articulaires, ni d'autre part sur le métabolisme basal qui s'est montré le plus souvent normal.

L'épreuve thérapeutique par l'opothérapie thyroïdienne a parfois signé une telle origine.

Les preuves de l'existence du rhumatisme *ovarien* sont : le début, la reprise ou l'aggravation des rhumatismes chroniques à l'occasion des divers épisodes de la vie génitale, avant tout de la ménopause naturelle, enfin les résultats thérapeutiques.

Rappelons ici que MM. M. P. Weil et Ch. O. Guil

laumin, étudiant les rhumatismes de la ménopause, ont trouvé une légère diminution de la réserve alcaline, mais surtout une rupture de l'équilibre phosphato-calcique avec hypocalcémie et hypophosphatémie.

f) TRAITEMENT DU FACTEUR : MICROTRAUMATISME.

Il y a longtemps que l'on connaît le rôle incontestable du traumatisme comme générateur d'arthrites chroniques. Cependant la notion des traumatismes petits et répétés comme cause de ces affections est de date seulement récente. MM. Leriche et Policard avaient déjà insisté sur l'hyperémie articulaire, créée par un accident minime qui peut amener par gonflement œdémateux des franges synoviales une synovite aiguë aseptique avec hyperplasie et épanchement.

Mais c'est M. M. P. Weil qui mit surtout en évidence le phénomène du microtraumatisme à répétition dont les formes les plus habituelles sont constituées par les arthrites professionnelles. Il en cite pour exemple : l'arthrite du coude du forgeron, l'arthrite vertébrale du mineur, l'arthrite de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce du pharmacien qui manie le pilon.

Le même auteur range également parmi les arthrites qui agissent par microtraumatisme les arthrites statiques qui sont la conséquence de gros troubles de l'équilibre corporel comme peuvent en

entraîner un cal vicieux, une luxation ancienne, un arrachement méniscal. Il importe de savoir que ces causes peuvent agir à distance de la région primitivement intéressée et que l'arthrite peut même se développer, par un tel mécanisme, du côté opposé. Le traitement portera essentiellement sur la cause déclanchante qu'il s'agit de découvrir et d'autre part les récentes tentatives de thérapeutique orthopédique, basées sur le mécanisme fonctionnel même de l'articulation, prendront une place importante ici.

g) TRAITEMENT DU TERRAIN.

Nous avons jusqu'ici étudié les différents facteurs dont il importe de rechercher successivement l'existence possible dans un cas de rhumatisme chronique et les différentes déductions thérapeutiques que l'on pouvait en tirer. Il nous reste à parler d'un facteur considéré comme dominant toute la question autrefois, mais qui depuis quelque temps perd beaucoup de place dans les notions admises, et surtout ne permet pas d'orienter vers un traitement bien utile.

« Si l'on veut faire quelques progrès dans la thérapeutique des rhumatismes chroniques, écrivent MM. Bezançon et M. P. Weil, il faut se débarrasser de quelques idées trop simplistes comme celles de la diathèse arthritique ». Faut-il nier cependant que les rhumatismes chroniques se développent sur un terrain spécial?

Nous ne le croyons pas, mais le tort semble avoir été de vouloir faire entrer trop d'affections disparates dans le cadre unique de l'arthritisme : Bouchard a groupé ensemble la goutte, les rhumatismes chroniques, les lithiases biliaire et urinaire, le diabète, l'asthme, l'urticaire, etc...

Le progrès ne peut venir que si l'on rétrécit cette conception de l'arthritisme. MM. Loeper et Debray le considèrent aujourd'hui comme une maladie précipitante, caractérisée par l'équilibre instable des humeurs. Une telle vue de la question a l'avantage de ne grouper ainsi que certains éléments mieux apparentés de l'ancienne diathèse et parmi les rhumatismes chroniques ceux qui appartiennent aux arthropathies protéiniques, c'est-à-dire que la plupart des rhumatismes chroniques n'appartiennent plus à l'arthritisme et les faits cliniques sont là pour appuyer le bien-fondé de cette séparation.

Il en résulte, du point de vue thérapeutique, une notion négative mais très importante : l'erreur fondamentale qu'il y a à traiter systématiquement ces malades par des régimes essentiellement restrictifs appelés à juste titre par plus d'un auteur des régimes de famine. Tout au plus convient il d'instituer des régimes appropriés chez les rhumatisants gouteux ou les rhumatisants pléthoriques.

Le terrain particulier semble donc propre à chaque malade. Cependant ce facteur a permis d'une manière générale des essais thérapeutiques fondés sur une notion qui ne semble pas fausse : les rhuma-

tismes chroniques sont l'apanage des gens âgés. La sénilité absolue ou relative ne pourrait-elle pas être le lien qui unirait des formes si disparates? MM. R. Sicard et J. Louvel ont ainsi tenté de modifier le terrain sénile. Ils ont utilisé un sérum sanguin d'animal jeune ayant subi des injections de sérum d'un animal âgé. De bons résultats ont été ainsi obtenus dans les poussées aiguës des rhumatismes chroniques. La notion de sénilité précoce ouvre peut-être une voie intéressante pour expliquer et traiter un terrain si spécial mais si mal connu.

CHAPITRE III

Le traitement palliatif.

La thérapeutique des rhumatismes chroniques doit toujours chercher à s'orienter d'abord en conséquence des aspects cliniques rencontrés, ensuite par l'étude de chacun des facteurs que l'on reconnaît actuellement dans leur déterminisme. En réalité il n'est pas toujours facile de faire la part exacte de ces facteurs si souvent intriqués, et même s'ils sont mis en évidence on ne peut assurer que la thérapeutique rationnelle qu'ils impliquent soit toujours la thérapeutique efficace. C'est dire le rôle encore grand qui appartient à l'empirisme. Souvent les facteurs pathogéniques ne sont reconnus que parce qu'on explique ainsi l'action efficace d'un médicament employé sans directive très logique. Souvent aussi aucun des traitements mis en œuvre pour combattre une cause possible ne réussit. Il faut alors en revenir à la thérapeutique palliative.

Il s'agit en période de crise de calmer la douleur, en période de chronicité de diminuer l'impotence fonctionnelle.

C'est la douleur qui constitue d'ailleurs l'élément

qui amène le malade à consulter, celui dont il réclame la disparition et dont trop souvent seul on s'occupe. C'est en espérant combattre la douleur que tant de médecins se bornent au traitement salicylé.

Le salicylate de soude, étant la thérapeutique véritablement spécifique de la maladie de Bouillaud, on a cru pendant trop longtemps à son action en matière de rhumatisme chronique : « On donne à ces malades du salicylate ou un de ses succédanés pendant des semaines, des mois. Ces sujets en proie à une maladie inflammatoire ou infectieuse évolutive, qui les mine, les anémie, on les fait mourir de faim et on surcharge leur estomac d'un médicament mal toléré, pénible à supporter et habituellement dénué d'action en dehors du rhumatisme articulaire aigu » (Coste, Forestier et Lacapère).

Certes il ne faut pas négliger l'emploi des analgésiques, mais il faut les employer à bon escient : les auteurs récents sont d'accord pour n'en voir guère de meilleur que l'éther acétique de l'acide salicylique ou aspirine. On doit souvent recourir également aux applications externes sédatives de différents genres : opium, belladone, datura, jusquiame, térébenthine, etc.

Enfin il faut connaître le grand bénéfice que l'on peut tirer pour combattre l'élément douleur des injections calmantes locales. Nous avons déjà mentionné l'huile iodée, préconisée dans ce sens par M. Sicard. Nous insisterons également sur un excellent produit à essayer lorsqu'il existe un ou plusieurs

foyers algiques que l'on peut mettre en évidence avec précision : l'acide salicylique. On utilise la solution au millième et l'on en peut injecter un centimètre cube au voisinage du point douloureux. Cette médication peut être renouvelée sans inconvénient.

Une seconde thérapeutique, toute palliative mais parfois efficace, doit être dirigée contre l'impotence fonctionnelle. Pour cela il faut savoir n'immobiliser qu'au cours des poussées inflammatoires. Et l'immobilisation doit cesser (à moins d'une étiologie aussi spéciale que l'arthrite tuberculeuse) dès que ces poussées s'éteignent, l'ankylose fibreuse puis osseuse guettant ces malades. Une mobilisation prudente mais précoce doit s'efforcer de prévenir l'enraidissement de la jointure. Elle doit être d'abord passive puis active et être aidée alors par le massage (il doit se réduire tout d'abord à une massothérapie discrète des muscles et respecter la zone articulaire).

Ce n'est que loin des poussées inflammatoires également que doit être mis en route le cortège des moyens physiques et mécaniques par lesquels on tente d'améliorer la jointure en tâchant de détruire à son niveau les reliquats cicatriciels des lésions.

CHAPITRE IV

La crénothérapie.

Si nous n'avons jusqu'ici pas parlé de la crénothérapie, c'est qu'on ne peut réduire son action au traitement d'un facteur étiologique ou pathogénique bien déterminé, ni à une simple thérapeutique palliative :

L'action si bienfaisante des eaux minérales, connue depuis un temps si lointain, renforcée par des techniques récentes, est trop complexe pour entrer dans des cadres précis.

Ce n'est pas à dire qu'elle n'obéit pas à des règles d'une portée très générale qu'il faut connaître.

Il faut d'abord savoir que le patient doit faire sa cure de bonne heure, avant que les lésions ne soient irrémédiables, qu'il lui faut toujours renouveler sa cure, que seules les cures n'ont jamais suffi et que l'on doit continuer à traiter le malade dans leur intervalle.

Certaines agissent partiellement parce qu'elles sont des cures internes et de diurèse. Elles tendent ainsi à régulariser la nutrition et à éliminer les déchets. Les rhumatisants goutteux et oxalémiques, ceux

dont les manifestations articulaires s'accompagnent de dyspepsie, d'hypertension artérielle, d'insuffisance hépatique, bénéficieront tout particulièrement de ces cures diurétiques (Vichy, Evian, Châtelguyon, Contrexéville).

La plupart des cures hydro-minérales employées dans les rhumatismes chroniques agissent cependant le plus souvent par voie externe.

D'après MM. Françon et Weissenbach on peut en distinguer quatre catégories suivant qu'elles utilisent :

a) *L'eau en nature*, dont l'application peut être soit générale (bains divers, douches données suivant des modalités variables, bains avec douche sous-marine), soit locale (pédiluves, manuluves, bains de siège);

b) *Les vapeurs et les gaz termaux*. Ces vapeurs peuvent être naturelles ou artificielles ;

c) *Les boues thermales* qui s'administrent en bain complet, demi-bain ou cataplasme ;

d) *Les cures thermo-résineuses*.

On peut penser que l'action de ces diverses modalités employées tient à l'amélioration des régimes circulatoires périphériques, à la résorption des exsudats et des transsudats, à la résolution des dépôts uratiques et oxaliques, à la dissociation des formations cellulitiques, suivant les cas.

Mais il ne faut pas méconnaître d'autre part leur influence sur l'état général, à la fois eutrophique et stimulatrice.

Une des questions très délicates dans la thérapeutique par les eaux minérales est l'indication de la station la plus favorable dans un cas particulier.

A vrai dire on ne peut parler d'indications vraiment absolues ; trop de complexes interviennent dans l'efficacité d'une station pour que l'on puisse se baser sur sa seule composition chimique ou même sa radio-activité. Dans une station il n'y a pas que l'eau, il y a les conditions inhérentes au lieu même, à sa situation, à la nature du terrain, à son degré d'humidité, à sa stabilité thermique, au régime des vents.

D'autre part il faut attacher une grande importance aux techniques particulières employées dans chaque station (berthollet à Aix, émanatoria à Bourbon-Lancy et Evaux, douches de vapeur à Nérès). Mais l'association de ces différentes méthodes que l'on peut trouver réunies dans les grandes villes d'eau en ont considérablement élargi les indications.

Il n'en est pas moins vrai qu'en dehors des indications occasionnelles, des indications de nécessité de chaque station, il existe des indications de choix qui ont été dernièrement opposées par M. M. P. Weil pour trois des plus importantes stations hydro-minérales de France : Aix, Dax et Bourbon-Lancy. La plupart des autres stations pour les rhumatismes se groupant derrière chacune de celles-ci, on pourra ainsi en déduire les indications.

Bourbon-Lancy semble avoir essentiellement une action sédative. On adressera donc ici les doulou-

reux, les nerveux, les hypersensibles, les convalescents de crises aiguës.

Aix a une action résolutive : on dirigera surtout vers cette ville les rhumatisants chroniques chez lesquels la persistance d'infiltrats nécessite la mise en œuvre de procédés mécaniques.

Dax enfin est avant tout antalgique. On y enverra plutôt les formes évoluées. Les malades sont souvent profondément soulagés par l'onctuosité si spéciale et si chaude de ses boues.

Conclusions

Après avoir étudié les bases du traitement actuel des rhumatismes chroniques, il semble permis de conclure :

1° La seule thérapeutique rationnelle des rhumatismes chroniques doit être celle qui est guidée par le déterminisme étiologique et pathogénique des multiples affections réunies sous ce nom.

2° On doit diriger l'orientation thérapeutique en se basant d'abord sur le siège et l'aspect clinique des manifestations articulaires. Cette première orientation doit être suivie de la recherche attentive des différents facteurs pathogéniques qui peuvent être incriminés, deuxième étape qui est souvent plus fertile en déductions thérapeutiques.

Il faut tâcher de mettre en évidence successivement la part de l'infection ou de l'intoxication, de la carence minérale ou des troubles vasculaires, du déséquilibre endocrinien, du microtraumatisme et du terrain et même la nature de la substance précipitée. Ces facteurs sont rarement isolés, presque

toujours intriqués, l'un deux étant en général dominant.

3^o Nous avons tenté de montrer qu'à chacun de ces facteurs répondait une orientation thérapeutique spéciale. En pratique cependant, si la notion de déterminisme pathogénique rend un grand service, on est loin de pouvoir parler d'efficacité constante dans les déductions qu'elle implique. L'empirisme joue encore un grand rôle dans la thérapeutique des rhumatismes chroniques et le traitement symptomatique n'est pas à négliger.

Vu : le Président de thèse,
M. LOEPER.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur,
L'Inspecteur de l'Académie,
G. BEAULAVON.

Bibliographie

- Ardillier.* — Les grands syndromes et le traitement pratique des rhumatismes chroniques. Toulouse, Imprimerie générale, 1918.
- Barrau (A.), Flurin (H.), Forestier (J.), François (F.) et Gay (J.).* — Les Rhumatisants chroniques aux Eaux minérales (Rapport à la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris. Expansion scientifique, 1932).
- Bezançon (F.).* — Traitement du rhumatisme chronique (Concours médical, n° 36, août 1927).
- Bezançon (F.) et Weil (M. P.).* — Les manifestations articulaires de la maladie du sérum et les arthropathies protéiniques (Monde médical, 15 septembre 1927).
- Le Rhumatisme chronique : essai de classification (Rapport à la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris. Expansion scientifique, 1932).
- Cecil et Archer.* — Classification and treatment of chronic arthritis (Journal medical american association, 1926, n° 87).
- Coste et Lacapère.* — Les grands syndromes du rhumatisme chronique des jointures : les Arthrites (Presse médicale, 11 mars 1931).
- Les Arthroses (Presse médicale, 21 mars 1931).
- Coste, Forestier et Lacapère.* — Traitement des Arthrites (Presse médicale, 2 mai 1931).
- Traitement des Arthroses (Presse médicale, 16 mai 1931).

- Crookshank*. — Influence of oral sepsis on the production of diseases (Medical Journal and Record, 20 janvier 1926).
- Dufour (H.)*. — Les rhumatismes polyarticulaires déformants syphilitiques (Monde médical, n° 657, décembre 1924).
- Duvernay*. — L'arthrite chronique de la hanche. Masson, 1930.
- Forestier (J.)*. — Les rhumatismes polyarticulaires de l'adulte et leur traitement par les sels organiques d'or (Presse médicale, 20 mai 1931).
- Françon (F.)*. — Ce qu'il faut savoir d'Aix-les-Bains (Revue pratique des maladies des pays chauds, t. IV, n° 2, sept. 1924).
- Le problème des affections rhumatismales en médecine sociale (L'Hôpital, n° 163, mars 1926).
- Homolle (G.)*. — Article rhumatisme (Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, t. XXXI, Paris, 1882).
- Jones (L.)*. — Aspects of Rheumatism and Gout. Heinemann, Londres, 1927.
- Léri (A.) et Lonjumeau*. — Morbus coxae juvenilis (Bulletin médical, n° 18, avril 1922).
- Arthritisme et rhumatisme chronique (Journal médical français, n° 5, mai 1927).
- Leriche et Policard*. — Le problème de la physiologie normale et pathologique de l'os. Masson, 1926.
- Lévi (L.)*. — Traitement thyroïdien du rhumatisme chronique (Journal médical français, n° 5, mai 1912).
- Loeper*. — Rhumatisme chronique et oxalémie (Progrès médical, n° 40, octobre 1912).
- Loeper, Wahran et Berthomieu-Lamer*. — Les injections intra-veineuses de soufre colloïdal dans quelques cas de rhumatisme chronique (Société médicale des hôpitaux, 23 juillet 1915).
- Loeper et Tonnet*. — Comment on reconnaît l'oxalémie (Journal médical français, n° 6, janvier 1924).

Loeper et Debray. — L'arthritisme, maladie précipitante (Journal médical français, n° 5, mai 1927).

Loeper et Degos. — Comment il faut orienter le traitement du Rh. chronique (Progrès Médical, novembre 1930).

Loeper et Bory. — Le soufre en biologie et en thérapeutique. Doin, 1932.

Nègre (L.) et Dupont (A.). — L'antigénotherapie de la tuberculose par les extraits méthyliques (Revue médicale française, n° 9, déc. 1927).

Poncet et Leriche. — Le rhumatisme tuberculeux. Doin, 1909.

Rouillard (J.). — Affection rhumatismale et tuberculose (Presse médicale, n° 15, février 1928).

Ruppe (C.). — Acquisition récente sur les infections focales d'origine bucco-dentaire (Presse médicale, 6 février 1932).

Sicard (J. A.) et Forestier. — L'huile iodée en clinique. Applications thérapeutiques (Société médicale des hôpitaux de Paris, 23 févr. 1923).

Soupault (R.). — Du traitement de l'arthrite de la hanche (Revue critique de pathologie et de thérapeutique, 1930).

Thirolaix. — La médication iodée intensive dans le traitement des rhumatismes chroniques (La clinique, n° 10, octobre 1922).

Weil (Mathieu-Pierre). — Le rhumatisme de la ménopause (La Semaine des hôpitaux de Paris, n°s 4 et 5, 1928).

— De la terminologie des manifestations articulaires (Presse médicale, 17 juin 1931).

— Les indications respectives des stations hydro-minérales dans les états rhumatismaux : Aix, Dax ou Bourbon-Lancy (Presse médicale, 16 décembre 1931, et Rapport avec Besançon, séance sol. de la Soc. d'hydrologie, janvier 1932).

Weissenbach (R. J.) et Dreyfus (G.). — Comment envisager actuellement au point de vue thérapeutique le problème de la syphilis articulaire (L'Hôpital, n° 15, septembre 1925).

Weissenbach (R. J.) et Françon (F.). — Causes et traitement des rhumatismes chroniques. Doin, 1928.

- Signes et diagnostic de la lipo-arthrite sèche des genoux (Monde médical, 1^{er} mai 1930).
- Glandes endocrines et rhumatisme chronique (rhumatisme thyroïdien et rhumatisme ovarien) (Journal de médecine et de chirurgie pratique, n° 19, octobre 1931).

